

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

225

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Paul DELCAMBRE

Né le 15 juillet 1914, à Somain (Nord)

DE LA FIÈVRE
EN
PATHOLOGIE MENTALE

Président : M. LEVY-VALENSI, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, Éditeurs
23, Rue de l'École-de-Médecine, 23
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Paul DELCAMBRE

Né le 15 juillet 1914, à Somain (Nord)

DE LA FIÈVRE
EN
PATHOLOGIE MENTALE

Président : M. LEVY-VALENSI, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine, 23

1940

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	LOEPER.
Hygiène et clinique de la première enfance	RATHERY.
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies du système nerveux	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies infectieuses	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
Clinique chirurgicale	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	GREGOIRE.
Clinique urologique	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique d'accouchements	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	MOCQUOT.
Clinique oto-rhino-laryngologique	HARVIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre Duval.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance Médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HALPHEN	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Obstétrique.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Pharmacologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER ..		de GAUDART ..	
DONZELOT		d'ALLAINES ..	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET ..	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.) ..		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIEDELIEVRE ..			
SEZARY			

MM.	
EGALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND-MERE

A MON GRAND-PERE

A MA MERE

A MON PERE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MA FEMME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVY-VALENSI

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

*En hommage respectueux pour
le grand honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de
notre thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HYVERT

Médecin Chef des Hôpitaux Psychiatriques

Professeur à l'Ecole de Médecine d'Amiens

*Qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse, qu'il veuille bien
trouver ici l'expression de ma
profonde gratitude et de ma
reconnaissance pour les marques
de la bienveillante amitié qu'il
m'a sans cesse prodiguées.*

A MADAME FRANCES

Médecin Chef de l'Hôpital Psychiatrique
du Dury-les-Amiens

*Qu'elle veuille bien trouver ici
l'expression de notre respec-
tueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LABARRIERE

Directeur Honoraire de l'Ecole de Médecine d'Amiens

Hommage respectueux.

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE MEDECINE D'AMIENS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MON CAMARADE D'INTERNAT
PIERRE OCCIS

En témoignage de mon amitié.

De la Fièvre en Pathologie Mentale

INTRODUCTION

Avant d'aborder la présentation de ce travail, il nous plaît maintenant de nous souvenir de l'embarras dans lequel nous nous trouvions lorsque, jeune interne d'un Hôpital Psychiatrique, nous étions mis en présence de malades étiquetés malades mentaux.

Grosso modo, nous observions bien des signes, bien des symptômes; nous épelions dans des ouvrages différentes étiquettes nosographiques; nous écoutions nos collègues; nous essayions de retenir l'enseignement du Médecin-Chef.

Malgré tout cela, et pendant de longs mois, nous nous sommes heurtés à une difficulté principale, qui était surtout faite de l'absence d'unité apparente entre tous ces syndromes.

C'est que, avant de venir dans les asiles, nous étions passés par des Services de Pathologie Interne, et nous avions dans notre esprit l'axiome, vieux comme l'histoire de la médecine, et qui fait, de l'inflammation par exemple, un ensemble de symptômes précis que chaque étudiant, même s'il ignore le Latin, récite imperturbablement : « tumor, dolor, calor, rubor ».

D'autre part, malgré notre peu d'expérience, nous étions aptes à saisir le lien, répétons-le, l'unité qui lie les maladies d'un organe déterminé, par exemple du Foie.

Succédant à cette belle harmonie, trop belle parfois parce que trop schématique, se présentait alors à notre esprit une immense forêt, dont nous ignorions la topographie et dans laquelle nous ne discernions pas d'allées ou même de sentiers bien tracés.

Il y avait bien les livres — nous venons d'y faire allusion — mais les livres, dans leurs principes comme dans leurs conclusions, passaient inévitablement à côté, en dehors de notre anxiété interrogative : les uns ne s'occupaient que de l'aspect psychique des malades, négligeant ce qui était organique; et les autres, d'inspiration contraire, s'attachaient à relever ce qui était organique, négligeant ce qui était psychique.

Pourtant le secours finit par nous arriver.

Plus familiarisé avec la terminologie, nous comprenions mieux ce qu'essayait, avec beaucoup de patience, de nous inculquer le Docteur HYVERT, Professeur à l'Ecole de Médecine d'Amiens, alors Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique de Dury-les-Amiens.

Cet enseignement était surtout centré sur un conseil qu'il nous répétait inlassablement : « Il faut observer », et nous voulons nous souvenir seulement d'un fait anec-

dotique, qui a particulièrement sa place à l'entrée de cet essai : le « biscornu » pour nos yeux peu avertis d'une certaine feuille de température que le Docteur HYVERT faisait régulièrement tenir, et qui, au moment où nous arrivâmes dans son Service, avait déjà plusieurs mètres.

Petit à petit, nous avons pu saisir le grand intérêt qu'il y avait à une observation aussi simple, et qui consiste à faire prendre le plus attentivement et le plus sérieusement possible la température de nos malades.

Ce qui nous paraissait « drôle » nous semble maintenant plein de sens.

Le travail que représente cette thèse est un peu comme cette feuille de température : il se veut uniquement une collection de constatations recueillies au cours de notre vie d'interne, et sous la direction de notre Médecin-Chef.

Ce que nous avons pu observer tourne autour d'un symptôme banal : la température, température que nous avons relevée comme étant l'un des signes les plus souvent rencontrés dans les affections mentales les plus diverses.

N'y a-t-il pas là quelque chose qui pouvait plaire à notre désir d'unité?

Et puis, cette température que nous retrouvions ainsi si souvent associée à des symptômes mentaux, nous sa-

vions qu'elle se trouvait également très souvent associée aux symptômes observés en Pathologie Générale.

Cette élévation thermique rattachait ainsi la Pathologie Mentale à la Pathologie « tout court », et nous amenait à voir les maladies mentales un peu comme des maladies « tout court ».

Cette élévation thermique nous confirmait davantage dans l'idée que, dans la maladie mentale, le trouble mental n'était pas tout.

Les conséquences thérapeutiques qui nous semblaient découler de cette conclusion se précisaient dans l'association du penta-méthylène-tétrazol, « médicament mental », au thiosulfate double d'or et de sodium, « médicament anti-infectieux ».

L'un de nos collègues, sous la direction du Docteur HYVERT, a exposé dans sa thèse les résultats intéressants de cette vue.

Ces résultats intéressants nous permettaient de continuer à travailler dans ce sens, et c'est maintenant à nous de venir apporter notre petit tribut à l'étude de la Pathologie Mentale.

Nous allons montrer que, dans un grand nombre de maladies mentales, il est possible de relever le même état somatique se traduisant par :

- de l'agitation;
- de la confusion;

— de l'anxiété, et, à côté de ces trois signes, une élévation thermique constante.

Nous mettons donc en lumière, à côté de troubles mentaux aussi variés que possible, l'existence d'un état pathologique organique toujours le même.

N'est-il donc pas alors légitime de parler de psychoses subfébriles qui évolueraient en deux phases :

— L'une, active, aiguë, celle du début, où nous observons l'anxiété, l'agitation, la confusion et la fièvre, en même temps qu'une grande diversité de troubles mentaux;

— L'autre, qui correspond au « passage à la chronicité » des classiques, où les phénomènes organiques aigus s'amendent, où en particulier la fièvre disparaît, et où le malade présente alors un aspect clinique de Pathologie mentale bien défini?

CHAPITRE I

MALADIES MENTALES OU L'ON RENCONTRE UN ÉTAT SUBFÉBRILE

Il peut paraître à *priori* surprenant que les syndromes psychopathiques les plus divers puissent débiter par un état d'allure infectieuse, en relation étroite avec le trouble mental. Cependant, ce fait, pour peu qu'on évite de le repousser, s'impose très rapidement. Des interprétations sont possibles; nous les laisserons de côté pour l'instant.

Voici une liste d'états psychopathiques où l'état subfébrile est plus fréquent qu'on ne saurait le supposer. Les termes sont vagues et imprécis; il n'est pas possible, pour l'instant, d'agir autrement :

- a) Les confusions mentales dites idiopathiques;
- b) Les « bouffées délirantes »;
- c) Les malades dits déments précoces, sans en excepter les schizophrènes type Claude;

d) Certains états anxieux évoluant chez des sujets jeunes;

e) Certains états dépressifs et même des mélancolies vraies, à l'exclusion des états intermittents ou à double forme;

f) Certains états d'excitation à l'exclusion des manies franches;

g) Un grand nombre de psychoses hallucinatoires au début;

h) Certaines presbyophrénies.

I. — On peut affirmer que toutes les fois qu'un état psychopatique présente, soit comme syndrome principal, soit comme syndrome accessoire, la triade symptomatique :

— agitation,

— confusion,

— anxiété,

il existe une élévation de la température, très nettement indépendante, dans son intensité et dans son évolution, de la violence des éléments considérés, mais en relation avec l'évolution générale des troubles mentaux.

II. — Les caractères généraux de l'élévation thermique dans les maladies mentales sont très uniformes et se superposent facilement d'une maladie à l'autre.

On serait même tenté d'employer un terme unique pour la désigner.

La période à laquelle on l'observe est constamment la période initiale. Celle-ci a d'ailleurs, des limites fort imprécises.

Cependant, si l'on a la bonne fortune de voir le malade assez près de la première apparition des troubles, on ne manque pas de faire des observations remplies d'intérêt : au point de vue somatique, le malade donne l'aspect d'un infecté, pâle, les traits tirés, amaigri, le pouls rapide et la température subfébrile.

Cet état se poursuit en s'atténuant progressivement.

L'élévation thermique persiste assez longtemps. On peut la retrouver six mois ou un an plus tard. Passé ce délai, elle a en général disparu, à moins qu'il n'y ait une maladie intercurrente. Aussi, est-il sans grand intérêt de faire des recherches de cet ordre dans des services de chronique.

La température a besoin d'être prise avec beaucoup de soin. L'élévation est minime. On doit donc demander toujours la prise rectale et celle-ci au moins pendant cinq minutes chez un malade au repos depuis une demi-heure. Une feuille de température est établie, et on en poursuit la rédaction pendant des mois si cela est nécessaire. Il importe de pouvoir en dégager l'allure générale. Nous en donnerons des exemples au cours de ce travail.

Jamais élevée, souvent ne dépassant pas 37°2 le ma-

tin,, 37°7 le soir chez le malade couché, elle subit parfois des oscillations qui sont sans aucun rapport avec l'intensité des manifestations psychiques. Elle peut être régulière, mais bien plus souvent irrégulière et comme désarticulée. Dans ce dernier cas, elle est tantôt inversée avec une élévation plus marquée le matin, tantôt elle s'abaisse brusquement au-dessous de la normale et s'élève ensuite au-dessus de 38 en un crochet sans lendemain.

Une telle température est semblable à celle que l'on observe chez certains bacillaires.

Nous avons dit qu'habituellement, elle était peu influencée par le comportement du malade. Cependant, chez certains, elle se montre très instable, en particulier chez les déprimés, les mélancoliques et les anxieux. Une marche, une visite prolongée, sont suivis d'une nette élévation thermique qui, souvent, s'accompagne d'une recrudescence de l'anxiété.

Enfin, chez les femmes, l'élévation thermique est plus marquée dans la période précataméniale et revient un peu plus bas après les règles.

Le pouls ne suit exactement cette température. Tandis que, chez les uns, il sera à peine influencé et reste quelquefois même à un chiffre assez bas, chez d'autres il est très rapide et cette rapidité semble en relation assez étroite avec la gravité de l'état somatique. Par exemple, on peut voir dans des délires aigus où la fièvre atteint parfois péniblement 38°, le pouls battre à 150 pulsa-

tions à la minute, en rapport plus direct avec l'aspect profondément infecté des malades.

Ainsi que nous l'avons précisé plus haut, il n'y a, en général, aucune relation entre la violence du trouble mental et l'allure de la courbe thermique.

Voici une observation prise parmi beaucoup d'autres, à l'appui de cette affirmation :

B... Marcelle, 22 ans, présente un état confusionnel atypique avec agitation incoercible, mouvements incessants, cris, pleurs. Pendant plusieurs jours, il est nécessaire de la maintenir au maillot contre lequel elle lutte sans arrêt. Insomnie complète. La température oscille entre 37°3 et 37°8. Pouls à 120. Sous l'influence du sérum glucosé (1) chaud à 50 degrés, le calme apparaît rapidement. Un traitement aurique est commencé (dix centigrammes de myochrysine huileuse deux fois par semaine). Le calme s'accroît, mais la malade reste encore très troublée. La température oscille toujours entre 37°3 et 37°8. Par contre, le pouls est descendu à 80. Devant la persistance de graves symptômes psychiques (désorientation, discordance, indocilité), un traitement au cardiazol lui est appliqué sans interruption de l'or. Après six injections, la malade a repris un comportement normal, se montre lucide, calme, bien orientée, et amnésique de la période confusionnelle. La température reste à 37°3 37°8, mais le pouls est à 70. Un mois après, le comportement normal persiste, la température baisse régulièrement chaque jour, pour atteindre bientôt un niveau qui, en aucun cas, ne peut être l'indice d'un état pathologique (36°7-37°1). La malade apparaît comme cliniquement guérie.

(1) Traitement dont les indications et la technique ont été mis au point par notre Maître, le Docteur HYVERT.

Cette observation est très instructive. D'une part, elle nous indique que l'élévation thermique, constatée pendant la période d'agitation, semble n'être pas due à cette agitation.

D'autre part, le pouls semble suivre de plus près les variations de l'état mental.

Enfin, la température redevient normale au fur et à mesure que la guérison clinique se confirme.

III. — Chez des malades traités, on peut observer des variations parallèles des troubles mentaux et de la température. Il est très impressionnant de voir, sous l'influence d'une application thérapeutique, s'élever la courbe thermique et apparaître de nouveaux troubles psychiques.

Après le cardiazol employé seul, les rechutes, on le sait, sont fréquentes. Or celles-ci se produisent que chez des sujets présentant une fébricule persistante. Cette élévation thermique a pu apparaître pendant l'emploi du cardiazol chez des sujets qui, auparavant, étaient complètement apyrétiques. Tout se passe comme si le traitement avait en quelque sorte stimulé le centre thermo-régulateur, que nous voyons si fréquemment atone en psychiâtrie.

Les sels d'or agissent de même, et ce fait n'est pas une des moindres preuves de l'importance de la température et de l'action de cette thérapeutique.

Voici une observation qui met en évidence ce que nous venons de dire :

M... Katarina, 23 ans, présente un état dépressif atypique, avec immobilité, bradypsychie, bradycinésie, idées délirantes de châtement; pas d'anxiété notable. Cet état persiste depuis six mois. La courbe thermique oscille autour de 37.

Après dix injections de cardiazol, la malade a repris un comportement normal et se montre très bienveillante. La température s'est élevée légèrement : 37°2 37°5. Au bout de quelques jours, la malade maigrit, et devient pâle, elle est un peu plus triste sans qu'on puisse parler de rechute. Une injection de myochrysine huileuse est suivie dans les six heures d'une rechute complète, tandis que la température monte à 38°. Pendant plusieurs jours, l'élévation thermique avec assez grandes oscillations se maintient entre 37°2 et 38°2. Le traitement aurique est continué; au bout de quelques jours, la température se régularise à 37°2 37°5. La malade s'améliore progressivement, devient plus souriante et demande à travailler. On pratique alors une injection de cardiazol par semaine. Après deux injections, le comportement est redevenu entièrement normal.

Dans cette observation, on remarque le parallélisme entre les modifications de la courbe thermique et celle de l'état mental. La grande fréquence d'un tel fait impose l'idée d'une relation étroite.

Il y a lieu de remarquer qu'il convient de séparer nettement l'évolution des troubles mentaux et les manifestations objectives de leur intensité.

Aucune contradiction n'existe entre cette dernière observation et la précédente. Chacune d'elles sert à démontrer deux faits essentiellement différents, qui sont beaucoup plus indépendants qu'on ne pourrait le croire.

IV. — Nous avons déjà laissé entrevoir comment évoluait la courbe thermique : elle tend, sauf complication ou délire aigu, à revenir à la normale, soit spontanément et avec lenteur, soit sous l'influence du traitement et avec plus de rapidité.

Le parallélisme entre la disparition de la température et celle des troubles mentaux est quelquefois rigoureux. En général, il est moins évident que dans la période d'installation. Cependant, certains phénomènes très intéressants peuvent alors se produire. La température peut revenir à la normale et le malade demeurer dans son état antérieur; il semble y rester par suite d'un phénomène de persévération assez remarquable. On peut en trouver la preuve dans ce fait que les phénomènes aigus disparaissent en général à cette période. En outre, le malade apparaît plus apte à subir une psychothérapie agissante ou même un traitement dynamique comme l'est celui du cardiazol.

Dans d'autres cas, l'amélioration des troubles mentaux se produit avant que la température soit revenue complètement à la normale. Le malade reste extrêmement fragile et sujet aux rechutes. Il ne paraît guéri que lorsqu'il est devenu complètement apyrétique.

Enfin, dans un troisième ordre de faits, la température revient à la normale et le malade garde indéfiniment ses troubles mentaux. Il s'agit sans doute de lésions irréversibles, qui ne laissent aucun espoir d'amélioration.

La disparition de l'élévation thermique ne se produit pas comme un phénomène somatique isolé. En même temps le malade perd son aspect infecté et son pouls anormal : s'il était accéléré, il redevient normal. Son faciès se recolore, ses forces reviennent. Il engraisse. Cette reprise du poids est un symptôme classique de la fin de la phase active de la maladie : elle accompagne soit la guérison, soit le passage à la chronicité.

CHAPITRE II

L'ÉLÉVATION THERMIQUE DANS CERTAINS ÉTATS PSYCHOPATIQUES

I. — Dans les états confusionnels, on peut observer les températures les plus élevées : dans les délires aigus, le chiffre de 40 n'est pas rare. Mais, bien plus souvent, il n'y a aucune relation entre la gravité de l'encéphalite psychosique et l'élévation thermique. Il est banal d'observer un aspect très profondément infecté, semblable à celui d'une typhoïde grave avec pouls très rapide, sans que la température dépasse 38°.

Dans les états moins graves, la fièvre reste légère et suit exactement les caractères indiqués plus haut. Le parallélisme entre l'évolution des troubles psychiques et celle de la température s'observe ici avec plus de netteté que partout ailleurs. Il est rare de ne pas assister à une modification profonde du malade quand la température redevient normale. On observe soit la guérison, soit le passage à la chronicité.

II. — Chez les malades dits « déments précoces », l'élévation thermique est d'autant plus marquée qu'il se surajoute au syndrome classique plus d'éléments de la triade symptomatique suivante : confusion, agitation, anxiété. Il existe tous les intermédiaires entre la confusion mentale la plus évidente et la démence précoce la mieux caractérisée, à tel point qu'on peut se demander si, chez certains malades, il ne s'agit pas simplement d'une différence évolutive.

Chez les paranoïdes et les schizophrènes, type CLAUDE, il est plus rare d'observer une élévation thermique. Cependant, il y a lieu de noter que le traitement par le cardiazol peut réveiller chez ces malades une fébricule persistante.

On peut faire la même observation chez les catatoniques. Cela ne saurait nous étonner, quand on sait avec quelle facilité ces malades présentent des affections torpides.

Enfin, il n'est pas rare dans ces deux groupes de malades d'observer des poussées évolutives au cours desquelles l'état subfébrile apparaît plus nettement.

Il ne peut plus être question ici de faire un diagnostic précis, car il s'agit de malades où l'on veut appliquer une thérapeutique précoce et l'on se trouve placé devant le dilemme suivant :

Ou bien soigner le malade au début de son état morbide, et la nature de celui-ci reste incertaine;

Ou bien attendre la confirmation du diagnostic, et ainsi agir trop tard.

Bornons-nous à signaler la fréquence d'une élévation thermique au début, chez des malades présentant l'aspect clinique de déments précoces.

III. — L'anxiété avec température subfébrile se rencontre habituellement chez des sujets jeunes. Faut-il la rapprocher de la Neurasthénie liée à une imprégnation bacillaire comme cela a été dit récemment? Il s'agit de sujets dont la déficience physique est évidente : amaigris, pâles, asthéniques, fatigués, anorexiques, ils sont épuisés par le moindre effort et tout leur est effort. Leur anxiété semble être secondaire à cet état d'épuisement. Chez eux, on observe toujours une élévation thermique. La température est souvent inversée ou désarticulée. Elle s'élève à la moindre fatigue et n'est nullement en relation avec les modifications extemporanées de l'anxiété. Chez la plupart des malades que nous avons observés, la disparition de l'anxiété ou au moins son atténuation a précédé la chute thermique. Celle-ci signe la guérison. Aucun des malades chez lesquels la température est restée normale n'a présenté de rechute.

IV. — Les bouffées délirantes dans leur forme classique s'accompagnent presque toujours, pour ne pas dire toujours, d'un état subfébrile. La température suit très

étroitement l'évolution morbide et disparaît en même temps que les troubles mentaux.

V. — Les états dépressifs et mélancoliques semblent se rattacher à des causes très diverses.

Il est fréquent, là aussi, de voir ces états s'accompagner d'une légère élévation thermique, qui paraisse traduire un état infectieux. Souvent même, la thérapeutique par le cardiazol est suivie, après les premières piqûres, d'une élévation thermique pouvant dépasser 38°. Les malades paraissent alors un peu plus anxieux, mais semblent avoir recouvré une lucidité qui n'existait pas auparavant. Tout se passe comme si le cardiazol avait provoqué la réactivation d'un foyer infectieux jusqu'alors silencieux. Bien entendu, il s'agit de malades ne présentant pas d'autres troubles somatiques.

VI. — Parmi les excitations simples, même d'aspect maniaque, il en existe où la température est légèrement élevée et reste indépendante de l'agitation des malades.

Là encore, on est en droit de penser à l'existence d'un état subfébrile, d'autant plus que le passage à la chronicité ou la guérison s'accompagne de la disparition de tous les signes somatiques.

VII. — Au début de nombreuses psychoses hallucinatoires, quand on a la bonne fortune de les observer à cette période, on est surpris de constater la fréquence

des signes d'acuité évolutive : anxiété, subexcitation, état général médiocre, état subfébrile. Ces symptômes disparaissent le plus souvent avant que se soit constitué le syndrome hallucinatoire.

Il existe en outre des psychoses hallucinatoires, au cours desquelles on observe, en dehors de tout trouble somatique, un syndrome rappelant un état infectieux chronique : pâleur, amaigrissement, état subfébrile. L'évolution morbide semble s'arrêter et se fixer quand disparaissent ces symptômes.

VIII. — Enfin, on observe souvent des états séniles ou préséniles, en particulier des presbyophrénies, qui évoluent par poussées avec une légère élévation thermique. S'agit-il d'états confusionnels particuliers aux sujets âgés?

Chacune de ces questions mériterait d'être longuement approfondie. Cela dépasserait de beaucoup le cadre de ce travail qui veut être un exposé d'ensemble.

CHAPITRE III

I

INTERET NOSOGRAPHIQUE

L'intérêt nosographique de ce qui précède n'a pas besoin d'être démontré. Admettre l'existence d'états psychopathique subfébriles et peut-être d'origine infectieuse évoluant avec des syndromes variés semble *à priori* extrêmement difficile. Cependant, dès qu'une telle idée arrive à l'esprit, elle s'impose d'elle-même et les faits qui viennent la confirmer se multiplient. Il faut, pour entraîner la conviction, observer un grand nombre de malades récents pendant des mois et des années; alors il devient difficile de retenir l'esprit sur les pentes d'une généralisation excessive.

LES PSYCHOSES SUBFÉBRILES.

Elles paraissent donc, dans l'ensemble, évoluer en deux temps :

Un premier temps que nous pouvons appeler phase active de la maladie, qui présente, en plus des symptômes

psychiques, des symptômes somatiques importants : aspect infecté du malade et état subfébrile. L'évolution peut se faire soit vers la guérison, soit vers le deuxième temps.

Lorsque le malade guérit, les symptômes somatiques disparaissent en même temps que les symptômes psychiques.

L'évolution vers *le deuxième temps* est connue des classiques sous le nom de passage à la chronicité. Il y a disparition des symptômes somatiques (les malades engraisent), mais les symptômes psychiques persistent et peuvent même évoluer pour leur propre compte.

Deux cas peuvent encore se présenter : les lésions sont irréversibles et la guérison ne saurait survenir, ou bien il s'agit de phénomènes de persévération, que des incitations variées peuvent faire disparaître.

PERSÉVÉRATION.

En psychologie pathologique, cette persévération joue un rôle d'une très grande importance. Elle explique vraisemblablement le succès des diverses thérapeutiques par chocs. Nous comprendrons aussi plus facilement que les rechutes au cours de ces traitements soient fréquentes pendant la période aiguë. La thérapeutique par le cardiazol en particulier, à action fonctionnelle, ne saurait donner à cette période que des résultats provisoires. Il convient d'essayer de faire une thérapeutique plus en rapport avec l'étiologie.

II

SIGNIFICATION DE LA TEMPERATURE ET INTERET THERAPEUTIQUE

L'interprétation de l'élévation thermique dans certaines psychoses apparaît à plusieurs reprises dans ce qui précède. L'aspect infecté du malade et sa courbe thermique nous oriente vers l'hypothèse d'un état infectieux chronique ou torpide. On observe habituellement une mononucléose, qui vient à l'appui de cette hypothèse. Il n'est guère possible, sans de longues observations et des recherches ultérieures, de donner de plus grandes précisions. Néanmoins, on est en droit de prononcer le mot de psychoses subfébriles.

Cependant, les conséquences thérapeutiques dépassent nettement les constatations cliniques. L'hypothèse d'un état infectieux entraîne la mise en œuvre d'une thérapeutique anti-infectieuse. Or, celle-ci s'avère pleine de succès et riche de promesses si l'on a la patience de l'appliquer avec une « ténacité suffisante ».

De tous les anti-infectieux que nous ayons employés, les sels d'or, longtemps appliqués et à petites doses, nous ont seuls paru donner des résultats constants.

ESSAI D'EXPLICATION PHYSIOLOGIQUE.

Il est probable d'ailleurs que leur action s'applique moins à un germe pathogène hypothétique qu'aux proces-

sus de défense et en particulier au système réticulo-endothélial. D'autre part, ils paraissent franchir plus aisément que d'autres produits thérapeutiques la barrière hémoméningée. Si l'on admet que la microglie est d'origine mésodermique et représente dans le système nerveux central l'équivalent des réticulums de défense, on peut se demander si l'action de l'or n'a pas pour résultat d'exalter l'activité de ce tissu.

LES FAITS.

Les syndromes somatiques des psychoses subfébriles disparaissent aisément par l'action conjuguée du repos et des sels d'or.

Cependant, dans les cas favorables, plusieurs semaines et même plusieurs mois sont nécessaires. Nous avons vu des succès se manifester au bout de plusieurs années de traitement ininterrompu.

En outre, le phénomène de persévération signalé plus haut empêche un certain nombre de malades de reprendre une activité psychique normale.

Aussi est-ce avec le plus grand intérêt qu'on peut appliquer, en même temps que la thérapeutique dite étiologique, une thérapeutique fonctionnelle de grande activité.

CARDIAZOL ET AUROTHÉRAPIE.

L'on sait que le cardiazol employé seul entraîne des rechutes très fréquentes et très rapides. Or, son associa-

tion à la chrysothérapie augmente dans de très notables proportions le pourcentage des rémissions durables. Les lésions irréversibles deviennent nettement moins fréquentes et le pronostic de divers états considérés autrefois comme graves peut être considérablement amélioré.

Nous bornons là ces considérations thérapeutiques qui ont été développées dans d'autres publications, et en particulier dans la thèse qu'a soutenue, devant la Faculté de Lille, le Docteur ROVILLÉ, ex-interne de l'Hôpital Psychiatrique de Dury-les-Amiens, qui est, lui aussi, un élève de notre Maître le Professeur HYVERT.

CONCLUSIONS

I. — Il existe dans un grand nombre d'états psychopathiques, parallèlement aux troubles de la sphère mentale, parmi les troubles somatiques une élévation thermique.

II. — Cette élévation peut-être constatée chaque fois que l'on relève, parmi les troubles observés la triade suivante :

- Agitation;
- Confusion;
- Anxiété.

III. — Cette élévation thermique est toujours relevée à la période initiale de la maladie :

- a) elle peut accompagner l'état psychopathique;
- b) elle peut précéder l'état psychopathique, dans ce cas elle peut :
 - ou céder avant l'amélioration psychique;
 - ou persister après cette amélioration.

IV. — L'amélioration de la courbe thermique traduit l'amélioration des symptômes somatiques observés, en particulier ceux du syndrome « Infection ».

V. — Sur le plan thérapeutique, il est permis de penser qu'il est bon d'aider la nature à lutter contre l'état infectieux que traduit l'élévation thermique par une thérapeutique appropriée.

En l'occurrence celle-ci semblera être une thérapeutique étiologique, tandis que les autres thérapeutiques à employer concurremment pourraient être comprises comme des thérapeutiques fonctionnelles : association dans la schizophrénie de l'or, médicament anti-infectieux et du pentaméthylène-tétrazol.

Vu

Vu

Le Doyen :

Le Président de la Thèse :

TIFFENEAU

LEVY-VALENSI

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- CLAUDE (H.), EY (H.) et DUBLINEAU (J.). — Pyrétothérapie et chrysothérapie associées dans le traitement de certaines démences précoces. Premier Congrès de Thérapeutique, 1933, Paris, DOIN. (*Avenir médical*), décembre 1933.
- CLAUDE (H.), EY (H.) et DUBLINEAU (J.). — Essai de pyrétothérapie soufrée et de chrysothérapie associées dans le traitement de certaines démences précoces. (*Gazette des Hôpitaux*), 20 décembre 1933.
- CLAUDE (H.), DUBLINEAU (J.), BOREL et ROUART. — La tuberculose dans les antécédents personnels et familiaux des déments précoces et des autres psychopathes. (*Paris Médical*), janvier 1934.
- CLAUDE (H.), DUBLINEAU (J.) et KERFRIDIN. — De quelques modifications biologiques dans la sulfochrysothérapie des psychoses et de leur valeur pronostique (*Progrès Médical*), 27 juillet 1934.
- DUBLINEAU (J.). — Les bases du traitement en psychiatrie. (*Journ. de Méd. de Paris*), octobre 1934.
- HYVERT, STOERR et COHN. — Résultats de la chrysothérapie prolongée dans la démence précoce. (*Ann. Méd.-Psychol.*), 1934 (11), 840.

LEBEUF (F.), MOLLARD (H.) et PAUGET. — Présence de l'or dans le liquide céphalo-rachidien des sujets traités par injections intra-veineuses de crislalbine. (*Bull. Soc. fr. derm. et syphil.*), 1931, 513 et 751.

ROVILLÉ (Jean). — Contribution à l'étude du traitement de la démence précoce. La Chrysothérapie associée à la Convulsiothérapie par le Cardiazol. (*Thèse Lille, 1939*).

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris XIV.
